

تقرير حول الإساءة إلى طفل أو الإهمال الحالي أو المشتبه فيه
مصلحة الخدمات البشرية بولاية ميشيغان

هل كان الإبلاغ عن طريق الهاتف إلى مصلحة الخدمات البشرية؟

نعم لا إذا كان الجواب نعم لا إذا كان الجواب رقم الوصول

تعليمات: الشخص المبلغ: قم بملء الحقول من 1-19 (يجب ملء الحقول 20-28 من طرف الطاقم الطبي إذا انطبق ذلك). أرسل إلى مكتب تلقي الشكاوى المركزي (855-444-3911) فوراً. التاريخ 1. الشكاوي المركزي بالعنوان المدرج في الصفحة 2.

2. قائمة الطفل (الأطفال) المشتبه في الإساءة إليهم أو إهمالهم (أرفق صفحات إضافية إذا اقتضت الحاجة)

العرق	الجنس	رقم الضمان الإجتماعي	تاريخ الولادة	الاسم
				3. اسم الأم
				4. اسم الأب
				5. عنوان الطفل (الأطفال) (الرقم والشارع)
				6. المدينة
				7. المقاطعة
				8. رقم الهاتف
				9. اسم مقترف الإساءة أو الإهمال المشتبه فيه
				10. العلاقة بالطفل (الأطفال)
				11. الشخص (الأشخاص) الذي يسكن معه الطفل (الأطفال) عند حدوث الإساءة/ الإهمال
				12. العنوان والمدينة والرمز البريدي حيث تمت الإساءة/ الإهمال
				13. قم بوصف الإصابة أو الوضع وسبب الإشتباه في حدوث الإساءة أو الإهمال

14. مصدر الشكاوى (أضف رمز المبلغ أدنا)

01 طبيب خاص/ مساعد طبيب	11 ممرضة بالمدرسة	42 موظف اجتماعي بمنشأة مصلحة الخدمات البشرية
02 طبيب أو مساعد طبيب في مستشفى/ عيادة	12 استاذ	43 موظف اجتماعي بمنشأة مصلحة الصحة العقلية
03 طبيب/ فاحص شرعي	13 موظف بإدارة المدرسة	44 موظف اجتماعي بمنشأة أخرى
04 طبيب أسنان/ فني نظافة الأسنان	14 مرشد بالمدرسة	45 موظف اجتماعي بوكالة خاصة
05 اختصاصي السمع	21 عون الأمن	46 موظف اجتماعي بمحكمة
06 ممرضة (ليست بالمدرسة)	22 مزود خدمات العنف المنزلي	47 موظف اجتماعي آخر
07 مسعف/ فني طبي في الحالات الطارئة	23 صديق المحكمة	48 مسؤول/ موظف اخصائي تاهيل/ اخصائي استقلالية الاسرة
08 طبيب نفسي	25 رجل دين	49 مدير/ اخصائي خدمات اجتماعية (خدمات حماية الطفل ورعاية الطفل)
09 مرشد زواج/اسرة	31 مزود خدمة رعاية الاطفال	56 موظف بالمحكمة
10 مرشد مرخص	41 موظف اجتماعي بمستشفى/ عيادة	

15. اسم الشخص المبلغ	رمز التقرير (راجع اعلاه)	15.أ. اسم المؤسسة المبلغة (مدرسة، مستشفى، إلخ.)
15.ب. العنوان (الرقم والشارع)		15.ت. المدينة
16. اسم الشخص المبلغ	رمز التقرير (راجع اعلاه)	16.أ. اسم المؤسسة المبلغة (مدرسة، مستشفى، إلخ.)
16.ب. العنوان (الرقم والشارع)		16.ت. المدينة
17. اسم الشخص المبلغ	رمز التقرير (راجع اعلاه)	17.أ. اسم المؤسسة المبلغة (مدرسة، مستشفى، إلخ.)
17.ب. العنوان (الرقم والشارع)		17.ت. المدينة
18. اسم الشخص المبلغ	رمز التقرير (راجع اعلاه)	18.أ. اسم المؤسسة المبلغة (مدرسة، مستشفى، إلخ.)
18.ب. العنوان (الرقم والشارع)		18.ت. المدينة
19. اسم الشخص المبلغ	رمز التقرير (راجع اعلاه)	19.أ. اسم المؤسسة المبلغة (مدرسة، مستشفى، إلخ.)
19.ب. العنوان (الرقم والشارع)		19.ت. المدينة

يجب ملء الحقول التالية من طرف الطاقم الطبي بعد إجراء الفحص البدني

20. ملخص التقرير واستنتاج الفحص الطبي (أرفق التوثيق الطبي)

21. تقرير المخبر		22. الأشعة السينية	
23. غير ذلك (أذكر)		24. تاريخ أو العلامات الجسدية للإعتداء/ الإهمال السابق نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
25. إقامة في المستشفى أو فحص طبي في السابق لهذا الطفل التواريخ		المواقع	
26. توقيع الطبيب		27. التاريخ	
28. المستشفى (إن وُجد)		29. السلطة: P.A. 238 of 1975 الإنهاء: إلزامي. العقوبة: لا شيء	
لن تقوم مصلحة الخدمات البشرية بالتمييز ضد أي شخص أو مجموعة من الأشخاص بسبب العرق أو الدين أو العمر أو البلد الأصلي أو اللون أو القامة أو الوزن أو الحالة الزوجية أو الجنس أو الميول الجنسية أو التعبير الجنسي أو الأفكار السياسية أو الإعاقة. إذا احتجت إلى المساعدة للقراءة أو الاستماع، إلخ، فإنه من الممكن أن تعبر عن احتياجاتك وفقا لقانون "الأمريكيين المعاقين" إلى أحد مكاتب الخدمات البشرية بمنطقتك			

تعليمات

معلومات عامة:

يتم ملء هذه الإستمارة باعتبارها تكملة ومتابعة للتقرير الشفهي (كما هو مطلوب في القسم 3 (1) من القانون PA 238 1975 كما تم تعديله) وإرسالها إلى مكتب Centralized Intake for Abuse & Neglect. أذكر ما رزدا تم الاتصال عبر الهاتف بمصلحة الخدمات البشرية لرفع هذا التقرير كإبلاغ عن حالة إساءة/ إهمال طفل مشتبه فيها. إذا كان الجواب نعم، أذكر رقم الوصول (إن كان معروفا) يجب على الشخص المبلغ ملء الحقول 1-19 إلى أكثر حد ممكن. يجب على الطاقم الطبي فقط ملء الحقول 20-28

أرسل هذه الاستمارة إلى:

Centralized Intake for Abuse & Neglect
5321 28th Street Court S.E.
Grand Rapids, MI 49546

أو

عن طريق الفاكس إلى 616-977-8900 أو 616-977-8050 أو 616-977-1158 أو 616-977-1154.

أو

عبر البريد الإلكتروني إلى DHS-CPS-CIGroup@michigan.gov

1. التاريخ - أدخل تاريخ ملء الإستمارة.
 2. أذكر اسم الطفل (الأطفال) المشتبه في الإساءة إليهم أو في إهمالهم - أذكر المعلومات المتوفرة المتعلقة بالطفل (الأطفال) المشتبه في الإساءة إليه أو في إهماله. أذكر ما إذا كان الطفل يشكو من إعاقة وإذا كان في حاجة إلى مرافق خاصة.
 3. اسم الأم - أذكر اسم الأم (أو الأم البديلة) والمعلومات الأخرى المتوفرة. أذكر ما إذا كانت الأم تشكو من إعاقة وإذا كانت في حاجة إلى مرافق خاصة.
 4. اسم الأب - أذكر اسم الأب (أو الأب البديل) والمعلومات الأخرى المتوفرة. أذكر ما إذا كان الأب يشكو من إعاقة وإذا كان في حاجة إلى مرافق خاصة.
 - 5-7. عنوان الطفل (الأطفال) - أذكر عنوان الطفل (الأطفال).
 8. الهاتف - أذكر رقم الهاتف في البيت الذي يسكنه الطفل (الأطفال).
 9. اسم مقترف الإساءة أو الإهمال المشتبه فيه - أذكر اسم الشخص (الأشخاص) المشتبه فيهم بالقيام بالإساءة أو الإهمال.
 10. العلاقة بالطفل (الأطفال) - أذكر العلاقة التي تربط الطفل (الأطفال) بمقترف الإساءة أو الإهمال المشتبه فيه. مثال: ولي أو جد أو جليسة الطفل.
 11. الشخص (الأشخاص) الذي يسكن معه الطفل (الأطفال) عند وقوع الإساءة/ الإهمال - أذكر الاسم (الأسماء). أذكر ما إذا كان هناك من يشكو من إعاقة وإذا كان في حاجة إلى مرافق خاصة.
 12. العنوان حيث وقعت الإساءة / الإهمال المشتبه فيه.
 13. أذكر الإصابة أو وضع الطفل وسبب الشك في وقوع إساءة أو إهمال - أذكر سبب الإبلاغ والمعلومات الموجودة حول الإساءة أو الإهمال.
 14. مصدر الشكوى - ضع علامة في المربع المناسب حسب المهنة أو الفئة.
- ملاحظة: إذا كان هناك شك أيضا في وقوع إساءة أو إهمال في مستشفى، ضع علامة أيضا على المستشفى.
- منشأة مصلحة الخدمات البشرية - تشير إلى أي مسكن جماعي أو مأوى أو نصف مأوى أو بيت أو مؤسسة تديرها مصلحة الخدمات البشرية.
- منشأة مصلحة الصحة الإجتماعية - تشير إلى أي مؤسسة أو منشأة تديرها مصلحة الصحة الإجتماعية.
- 15-19 - اسم الشخص المبلغ - أذكر اسم وعنوان الشخص (الأشخاص) الذي أبلغ عن هذه الحادثة.